

Fyra öron är fler än två ögon

Anestesi- och intensivvårdssjuksköterskors upplevelser av muntlig postoperativ överskrifning

FÖRFATTARE	Alfjord Annelie Möller Susanna
PROGRAM/KURS	Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot anestesi/intensivvård
	VT 2010
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Fridh Isabell
EXAMINATOR	Falk Kristin

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Titel (svenska):	Fyra öron är fler än två ögon
Titel (engelska):	Four ears are more than two eyes
Arbetets art:	Examens arbete avancerad nivå. Magisteruppsats
Program/Kurskod:	Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot anestesi/intensivvård/OM5220, 09, Examensarbete i omvårdnad
Arbetets omfattning:	15 Höskolepoäng
Sidantal:	36
Författare:	Alfjord Annelie Möller Susanna
Handledare:	Fridh Isabell
Examinator:	Falk Kristin

SAMMANFATTNING

Inledning: Brister i kommunikationen vårdpersonal emellan är en bidragande faktor till majoriteten av alla skador och missöden i vården. Anestesisjuksköterskan lämnar patienterna till en uppvakningsavdelning efter att anestesi har avslutats där hon ger en muntlig rapport till intensivvårdssjuksköterska. Den muntliga överrapporteringen har som syfte att säkerhetsställa kontinuiteten i vården. Anestesi- och intensivvårdssjuksköterskan är två olika specialismråden och ämnet kommer att beskrivas ur dessa två perspektiv.

Syfte: Studiens syfte är att beskriva anestesi- och intensivvårdssjuksköterskor upplevelse av muntlig postoperativ överrapportering.

Metod: En pilotstudie utfördes med fyra semistrukturerade intervjuer; två anestesisjuksköterskor respektive två intensivvårdssjuksköterskor för att pröva studiens hållbarhet. Resultatet av pilotstudien kommer att redovisas. För bearbetning och tolkning av intervjumaterialet användes kvalitativ innehållsanalys enligt Lundman och Graneheim (2008). I den fullskaliga studien kommer 10-14 intervjuer att utföras.

Resultat: Resultatet av pilotstudien fann flera faktorer som påverkade den muntliga överrapporteringen vilket presenteras under fyra kategorier: *risk för informationsförlust, brist på avskildhet, möjlighet till feedback och oklar ansvarsfördelning.*

Slutsats: Studien uppvisade att sjuksköterskorna upplevde brister i samband med den muntliga postoperativa överrapporteringen. Vidare studier skulle kunna leda till att utveckla protokoll eller checklista. Det skulle kunna bidra till att reducera eller eliminera risken för informationsförlust.

Nyckelord: *Kommunikation, muntlig överrapportering, postoperativvård*

ABSTRACT

Background: It has been shown that transfer of information between medical health care providers is one of the major factors of all mishaps and damage in daily care. The nurse anesthetist leaves the patient to the post-anaesthetic care unit (PACU) at the end of operation whereas the nurse at the PACU is given an oral handover report. The purpose of the oral handover is to secure the continuity of patient's care. The nurse anesthetist and the critical care nurse represents two different perspectives from which this subject; oral report will be described.

Aim: The aim of this study is to describe the nurse anesthetist and the critical care nurse experiences of oral postoperative handover report.

Methods: A pilot study was conducted with four semi structured interviews; two nurse anesthetists and two critical care nurses, and analyzed the data using qualitative content analysis according to Lundman and Graneheim (2008). In the larger study the aim is to conduct 10-14 interviews.

Results: The result of the pilot study identified four different categories which described factors that had an impact on the oral handover those were: risk of the loss of information, lack of privacy, possibility of feedback and undefined sense of responsibilities.

Conclusion: The study shows that the nurses experienced that there were deficiencies with the oral handover. Further studies could help developing a protocol or checklist would be an approach to reduce or eliminate the risk of losing information.

Keywords: *Communication, oral handover, postoperative care*

INNEHÅLL	Sid
INTRODUKTION	6
INLEDNING	6
BAKGRUND	7
Peri – och postoperativ vård	7
Vårdvetenskapligt perspektiv	8
Specialistsjuksköterskans roll ur ett omvårdnadsperspektiv	9
Kommunikation.....	9
TIDIGARE FORSKNING	12
SYFTE.....	18
Våra forskningsfrågor	18
METOD.....	18
Urval.....	18
Datainsamling.....	19
Dataanalys	19
Forskningsetiska överväganden	20
Pilotstudien.....	21
Urval.....	21
Datainsamling.....	21
Dataanalys	22
RESULTAT	23
Risk för informationsförlust	23
Avbruten.....	23
Tidspress.....	23
Avlösning	24
Okoncentration	24
Brist på avskildhet.....	25
Möjlighet till feedback	26
Oklar ansvarsfördelning	27
METODDISKUSSION	29
RESULTATDISKUSSION	30
REFERENSER.....	34
BILAGA 1	37
BILAGA 2.....	

INTRODUKTION

INLEDNING

Mellan åren 2004-2006 anmälde landstinget i Östergötland 175 händelser till Socialstyrelsen enligt Lex Maria (1). Med Lex Maria menas att vårdpersonalen har skyldighet att anmäla till Socialstyrelsen om en patient i samband med hälso- och sjukvården drabbats av eller utsatts för risk att drabbas av en allvarlig skada eller sjukdom (2). Av de 175 händelser som Östergötland anmälde ledde 40 % till döden och 10 % ledde till bestående men för patienten. Landstinget i Östergötland utförde en händelseanalys för att klargöra orsakerna till händelserna. De kom fram till att brist i kommunikationen var den vanligaste orsaken, närmare bestämt 32 %. De tog sedan reda på vart kommunikationen hade brustit och kom fram till att i 34 % av fallen skedde kommunikationsbristen mellan personal på samma klinik och i 24 % av fallen skedde kommunikationsbristen mellan klinikerna (1).

Enligt Wallin och Thor (3) är sjukvården långt ifrån patientsäker. Bristande kommunikation vårdpersonal emellan är en bidragande faktor till majoriteten av alla skador och missöden i vården. Varje gång ett informationsutbyte sker mellan människor, riskerar informationen att på ett eller annat sätt bli förändrad och detta i sin tur kan leda till skada för patienten. Vidare menar Wallin och Thor att viktig information kan saknas i journalen eller den muntliga överrapporteringen vid överflyttning av patient mellan olika vårdenheter och då kan denna information vara förlorad för alltid. En god vård förutsätter bra kommunikation och att information överförs korrekt. En fungerande kommunikation mellan vårdpersonal bidrar till att bygga upp relationer och att överföra information. Båda funktionerna behövs i vården. En effektiv kommunikation skall vara läglig, komplett, korrekt och avgränsad. Detta är av största vikt vid kritiska situationer, exempelvis vid överlämning postoperativt. Detta för att anestesijuksköterskan och intensivvårdssjuksköterskan gemensamt skall kunna bygga upp en samstämmig förståelse för situationen (3).

Vid överlämning postoperativt finns det två sätt att överföra information om patienten; journalföring och muntlig överrapportering varav journalföring är lagstadgad enligt patientdatalagen (2008:355) (4).

Författarna av denna studie har klinisk erfarenhet av postoperativ vård på akutvårdsavdelning och har i sitt dagliga arbete tagit emot muntlig överrapportering från en anestesijuksköterska. Författarna anser att den muntliga överrapporteringen fyller en viktig funktion för att tillgodose kontinuiteten för patienten och därmed upprätthålla en patientsäker vård. Författarna har dock många gånger reflekterat över innehållet och kvalitén i denna muntliga rapport. Författarna har upplevt att innehållet i den muntliga rapporten inte alltid är relevant för den postoperativa vården. Intresse har därför väckts för att identifiera eventuella brister i samband med muntlig postoperativ överrapportering i en miljö där specialistutbildade sjuksköterskor arbetar.

BAKGRUND

Peri – och postoperativ vård

Riksföreningen för anesthesi- och intensivsjukvård och svensk sjuksköterskeförening skriver att personalen inom perioperativ verksamhet i framtiden kan förvänta sig att möta välinformerade patienter som kommer att ställa högre krav på att själva få utforma sin vård. Detta innebär att högre krav kommer att ställas på ett tvärprofessionellt arbetssätt för att kunna tillgodose en individuellt anpassad vård (5).

Perioperativ vård

Perioperativ vård kan enligt Lindvall och Post (6) beskrivas med vårdhandlingar och vårdaktiviteter som utförs av en anesthesi- eller operationssjuksköterska inom en operationsavdelnings verksamhetsområde. Svensk Förening för Anesthesi och Intensivvård (SFAI) (7) har utformat riktlinjer för perioperativt anestesiarbete. Enligt riktlinjerna ansvarar anesthesijuksköterskan för utförandet och dokumentationen av de läkemedel som administreras enligt ordination och eget yrkesansvar. I samband med operation bedömer anesthesijuksköterskan patientens omvårdnadsbehov och kontaktar läkare vid avvikande anestesiförlopp samt behandlar eventuella komplikationer enligt ordination av anestesiläkare. Det ingår även i anesthesijuksköterskans ansvar att utföra funktionskontroll och underhåll av medicinsk utrustning (7). Hon ansvarar även för att muntligt och skriftligt rapportera samt kritiskt utvärdera den perioperativa vården (5).

Postoperativ vård

Den postoperativa perioden börjar när kirurgen har avslutat operationen. Patienten förs därefter till intensivvårdens övervakningsavdelning. Mottagande intensivvårdssjuksköterska

får både en muntlig och skriftlig rapport av ansvarig anestesijuksköterska och/eller anestesiläkare samt operationssjuksköterska (8). Beroende på operationens art observeras patienten från några timmar upp till ett dygn.

Omvårdnaden under uppvakningsperioden innebär bland annat att upprätthålla fria luftvägar, observera andning, cirkulation (9, 10), temperaturen, operationsområdet (10), vätske- och elektrolytbalans, förebygga komplikationer och skador samt bevara ett gott allmäntillstånd (8).

Varken i kompetensbeskrivningen för anestesijuksköterskor (5) eller i SFAI:s riktlinjer (7) står beskrivet vad den muntliga postoperativa överrapporteringen skall innehålla eller hur den skall utföras. Jämförelsevis finns det väl beskrivet vad som skall dokumenteras i anesthesi- samt den postoperativa journalen.

Vårdvetenskapligt perspektiv

Syftet med denna studie är att beskriva hur anesthesi- och intensivvårdssjuksköterskor upplever postoperativ muntlig överrapportering. Skildringen av hur vårdverkligheten är konstruerad kommer att beskrivas ur ett ontologiskt perspektiv, dvs. hur verkligheten uppfattas av informanterna (11).

Omvårdnadsforskning syftar till att ge svar på hur, varför och på vilket sätt verkligheten förhåller sig (11) samt bidra till att göra det möjligt för sjuksköterskan att förstå en specifik omvårdnadssituation och identifiera faktorer som måste tas i beaktande för att kunna planera omvårdnaden (12). Vårdvetenskap ger oss kunskap om vårdandet och kan resultera i nya riktlinjer och metoder. Genom att grunda omvårdnaden på evidensbaserad forskning blir sjuksköterskans arbete professionellt och det resulterar i en säkrare vård för patienten (11).

Enligt Travelbee är målet för omvårdnaden att hjälpa patienten övervinna lidande och sjukdom. Ett viktigt redskap för att nå fram till målet är kommunikation (13). Vilket tidigare nämnts kan brister i kommunikationen vårdpersonal emellan leda till missöden i vården och med det ge vårdlidande för patienten. Vårdlidande innebär att patienten upplever lidande som ett resultat av den vård och behandling som utförs. Detta resulterar i att målet för omvårdnaden inte uppfylls (11). För att minska vårdlidande krävs att brister i kommunikationen mellan vårdpersonal uppmärksammas och elimineras eller motverkas (14).

Specialistsjuksköterskans roll ur ett omvårdnadsperspektiv

Inom anesthesi- och intensivsjukvården kan inte alltid patienten göra sin talan hörd då patienten ofta är sederad eller nedsövd. Detta ställer stora krav på sjuksköterskan att föra patientens talan. Sjuksköterskan får tolka de signaler, symtom och tecken som patienten ger för att kunna utföra omvårdnadsåtgärder (6). För att kunna analysera den insamlade information behöver sjuksköterskan kunna relatera till teoretiska kunskaper (11). Den intra- och postoperativa vården går inte att särskiljas och det är sjuksköterskan som står för kontinuiteten i denna process vilket beskrivs av Lindwall och Post (6). Anestesisjuksköterskan förmedlar i sin rapport till intensivvårdssjuksköterskan den unika patientens vårdprocess. Mötet mellan anesthesi- och intensivvårdssjuksköterskan på uppvakningsavdelningen är ett möte mellan två olika specialiteter med ett gemensamt mål i enlighet med International Council of Nurses (ICN) etiska kod för sjuksköterskor: att främja hälsa, att förebygga sjukdom, att återställa hälsa samt att lindra lidande. Kommunikation har en central roll i sjuksköterskeprofessionen men beskrivs ofta i litteraturen som den mellan patient och sjuksköterska som syftar till att få en bättre förståelse för patientens situation (15). Inom området för anesthesi- och intensivvård blir det istället specialistsjuksköterskans ansvar att kommunicera och samarbeta med andra för att hjälpa patienten.

Omvårdnadsteoretikern Imogene King utvecklade en teori i vilken hon beskriver hur två människor interagerar i en specifik situation. Interaktionen påverkas av personens kunskap, behov, mål och förväntningar av situationen. För att människor skall kunna interagera med varandra måste de ha en förmåga att göra sig förstådd och förstå andra. King menar att alla individer kommunicerar på sitt eget sätt. Samma ord kan aldrig sägas på exakt samma sätt och ge exakt samma resultat (16). I stressfulla situationer möter sjuksköterskan människor med olika beteenden och olika sätt att kommunicera (17).

Kommunikation

Ordet ”kommunikation” härstammar ifrån latinets ”communicare” och innebär att något skall bli gemensamt (18). Eide och Eide (15) definierar kommunikation som ett utbyte av meningsfulla tecken mellan två eller flera parter. Fenomenet kommunikation är komplext och det finns ett antal olika perspektiv som kan användas för att beskriva kommunikation (15). Att kunna förstå varandra är en förutsättning för att skapa kontinuitet och för att säkerhetsställa patientsäker vård.

Envägs- och tvåvägskommunikation

I litteraturen finns det beskrivet två vägar som kommunikationen kan föras: envägskommunikation eller linjär-kommunikation och tvåvägskommunikation eller cirkulär-kommunikation. Envägskommunikation beskrivs med en enkel linjär schematisk kommunikationsmodell kallad "radiomodellen" som grundlades av Shannon och Weaver under senare delen av 1940-talet. I radiomodellen kommunicerar sändaren till mottagaren som inte ger någon återkoppling och emellan dessa två finns en brus-källa som påverkar kommunikationen (19, 20). Tvåvägskommunikation beskrivs utifrån en processinriktad modell. Den visar hur budskap, både icke verbala samt verbala, går fram och tillbaka mellan sändare och mottagare. Modellen är mer komplex än den linjära och visar det dynamiska samspelet som sker mellan sändaren och mottagare (15).

Icke-verbal och verbal kommunikation

Litteraturen brukar dela in kommunikation i icke-verbal kommunikation och verbal kommunikation. I icke-verbal kommunikation förmedlas kommunikationen med kroppsspråk och i den verbala kommunikationen förmedlas kommunikation med hjälp av språk i tal och skrift (15). Mellan människor består kommunikationen i 55-97% av icke-verbal kommunikation. I den verbala kommunikationen omvandlar sändaren ord till "koder" som via språket förmedlas till mottagaren som får "avkoda" orden och i och med det försöka förstå innebörden (15, 18, 19).

Hur ser en dialog ut och vilka komponenter ingår för att kunna kalla det en dialog? Först måste en person ta initiativ till en dialog och den mottagande parten måste respondera på initiativet. En dialog är en tvåvägskommunikation som kan vara verbal och/eller icke-verbal. Exempelvis kan en nickning visa att budskapet uppfattas (15). Nilsson och Waldermansson (18) anser att när vi lyssnar på en person måste vi visa hänsyn till dennes upplevelsevärld och situation (18). Aktivt lyssnande och feedback är en viktig del för att kunna skapa en relation med god kommunikation (15). Under ett samtal försäkras vi oss sällan om exakt *vad* den andra menar. Vi förutsätter att den andra personen uttrycker sig på ett sådant sätt som vi själva skulle ha gjort. Ett exempel som Nilsson och Waldermansson (18) tar upp är när person A lyssnar på ett budskap från person B är risken stor att person A feltolkar det som sägs om han eller hon inte försäkras sig om att hon har förstått. Det som feltolkats kan sedan omvandlas till "sanningen" hos person A och för sedan detta vidare till person C (18).

Budskap som förmedlas kan vara oklara och mångtydiga och många gånger behöva tolkas med hänsyn till det sammanhang det har sitt ursprung(15). I det professionella samtalet är det viktigt att ha riktlinjer och mål. Det blir lättare att styra samtalet och hålla det på en jämn nivå så att det inte blir för ytligt eller för djupt. Saknar det ett syfte är det lätt att man hamnar på sidospår

Kommunikationsteori

Kommunikation är komplext ämne och kan inte enbart beskrivas utifrån kommunikationsteorier, men teorierna kan hjälpa till att förklara och tydliggöra begreppet kommunikation. Gregory Bateson har utvecklat en *relationsbaserad kommunikationsteori som* innebär att relationen mellan människor bestämmer hur kommunikationen sker. Det krävs kommunikation mellan människor för att relationer skall skapas. Bateson utvecklade även en tanke om symmetriska och komplementära relationer vilket innebär att relationerna kan bygga på likheter eller skillnader. Detta tankesätt medför att en person kan ses ingå i flera olika relationer där man kan ha olika funktioner och att detta kan förändras (15).

Muntlig överrapportering

Rak och tydlig kommunikation är A och O för ett effektivt samarbete mellan vårdpersonal (21). Den muntliga överrapporteringens funktion kan vara ett sätt att säkerhetsställa att relevant information om patient vidarebefordras till näst kommande skift (22, 23). Den muntliga överrapporteringen ger sjuksköterskan en snabb överblick och uppfattning om patientens aktuella vårdbehov. Den muntliga överrapporteringen kan fördjupa förståelsen och klargöra omständigheterna kring vad som har hänt med patienten(24). Enligt Currie (25) ses litteraturen ha gemensamt att kvalitén på överrapporteringen påverkar den fortsatta vården (25). Den skiftande kvalitén kan bero på vem som rapporterar (26). Morton (27) tar detta påstående ett steg längre och menar att det kan vara skillnad på liv och död för patienten beroende på hur överrapporteringen fungerar. Organisationsstrukturen formar det samarbetet inom professionerna och behöver därför uppmärksammas. Vidare menar Morton att skapandet av en kultur där respektfull kommunikation sker är av största vikt vid vårdandet av patienten (27).

Baldwin och Dewitt (21) understryker vikten av att inget får störa den muntliga överrapporteringen då detta kan leda till sämre vård för patienten (21) . Avbrott i den

muntliga överrapporteringen kan förekomma när som helst och vad det än är som avbryter kommunikationen så bildas det en barriär och det i sin tur kan resultera i ett kommunikationssammanbrott. För att kunna effektivisera kommunikationen måste barriärerna identifieras och så långt det går elimineras (28).

Enligt O'Connell et al (29) finns mycket litet skrivet om hur verbal överrapportering skall utformas (29). Överrapportering består av ett komplext nätverk av kommunikation och muntlig överrapportering mellan sjuksköterskor kan variera i innehåll då deras egna värderingar påverkar informationen som ges om patienten (30).

TIDIGARE FORSKNING

Sökning efter artiklar gjorde i Scopus, Pubmed och Cinahl. Som avgränsning användes kriterierna

- Peer Reviewed,
- Engelska, svenska
- Artiklar mellan 1999-2010
- Sökorden skulle finnas med i titeln eller i abstraktet

De sökord som användes var: handover, hand off, intensive care, intensive unit, critical care unit, communication, interprofessional relations, nurse*, postoperative, anaesthesia nurse, critical care nurse.

Sökorden valdes efter problemformulering och syfte. Flera av sökorden användes i olika kombinationer på ett strukturerat och systematiskt sätt för att få ett så stort urval som möjligt

Totalt hittades 265 artiklar varav 10 stycken valdes ut.

I sökta artiklar fanns mycket litet skrivet om upplevelsen av muntlig postoperativ överrapportering från anestesijuksköterska till intensivvårdssjuksköterska. Detta specifika område som överrapportering mellan anesthesi-/intensivvårdssjuksköterskor är obetydligt undersökt.

Artiklar finns skrivna om överrapportering mellan sjuksköterskor som sker vid skiftbyte samt överrapportering mellan olika sjuksköterskor/specialistsjuksköterskor samt mellan anestesilog och sjuksköterskor från olika avdelningar. En del av artiklarna hade även undersökt muntlig överrapportering mellan sjuksköterskor som fenomen. De 10 artiklarna som valdes ut ansågs författarna vara de som bäst kunde beskriva upplevelser av muntlig överrapportering. Avsnittet kommer således att redovisa överrapportering i stort och inte enbart specifikt överrapportering mellan anesthesi- och intensivvårdssjuksköterskor.

Nedan kommer tidigare forskning att presenteras under rubrikerna:

- *Den muntliga överrapporteringens syfte*
- *Vad ska en muntlig överrapportering innehålla, var och hur sker den*
- *Brist på riktlinjer för en muntlig överrapportering*
- *Kvalitén på den muntliga överrapporteringen*

Den muntliga överrapporteringens syfte

Studier har visat att den muntliga överrapporteringen inte enbart är ett tillfälle att förmedla information om patienten. O'Connell's et al (29) enkätstudie studerades vad sjuksköterskor ansåg att den muntliga rapporten fyllde för funktion. 176 sjuksköterskor med varierande arbetslivserfarenhet och sysselsättningsgrad svarade på enkäten. Förutom information om patienten, var överrapporteringen ett tillfälle att kunna "debrifa" med övriga kollegor samt gav sjuksköterskorna en möjlighet att diskutera arbetsbördan (29). Även Sexton och Chan (31) fann att överrapporteringens funktion var att förmedla information om patienterna men också ett forum för debriefing. Studien var en observationsstudie där tjugotre överrapporteringar mellan skift på en medicin avdelning spelades in på band.

Liknande resultat ses i en studie av Kerr (32). Överrapporteringarna sågs utgöra ett forum där sjuksköterskorna kunde ventilera den stress och de svårigheter de mötte på avdelningen. Sjuksköterskorna sågs här kunna dela med sig av berättelser och erfarenheter om patienter, samt ge varandra emotionellt stöd. Studien var en observations- och intervjustudie där 20 stycken överrapporteringar observerades och 12 intervjuer utfördes, där två sjuksköterskor medverkade i varje intervju. Rapporten utgjorde också en möjlighet för nya sjuksköterskor att ta till sig ny kunskap genom att de mer erfarna sjuksköterskorna delade med sig av sina erfarenheter och sin kunskap (32).

I Smiths et al (33) studie observerades 45 överlämnande från anestesiläkare/anestesisjuksköterskor till sjuksköterska på en uppvakningsavdelning. I studien ingick även 19 intervjuer. Den muntliga överrapporteringen innebar att kort information gavs om patientens preoperativa tillstånd, vilken operation som utförts och typ av analgetika given under operationen. Detta underlättade det postoperativa omhändertagandet av patienten. Syftet var också att överlämna ansvaret från anestesipersonalen till sjuksköterskan på uppvakningsavdelningen. Detta var en gemensam överenskommelse. Exempelvis frågade anestesipersonalen vanligtvis innan de gick om den mottagande sjuksköterskan var "nöjd" och med det förvissade sig anestesipersonalen att sjuksköterskan hade fått tillräcklig information samt kände sig trygg med situationen (33).

I Manias och Street's (22) studie studerades överlämnandet av patientansvar på en intensivvårdsavdelning. Sex sjuksköterskor observerades och intervjuades, både individuellt och i grupp. Forskarna kom fram till att överlämnandet såg olika ut och fyllde olika syften. De fann att överlämnandet var uppdelat i två olika faser. Den första bestod i att sektionsledaren på avdelningen gav en kort övergripande rapport om alla inneliggande patienter. Sjuksköterskorna uppgav att denna rapport inte gav tillräckligt ingående information. Denna rapport som skedde i avskilt rum utanför patientsalen sågs mer utgöra ett kommunikationsforum för sektionsledarna emellan. I den andra fasen skedde rapporten vid patientens säng och var då mer detaljerad. Var överrapportering utfördes sågs ha betydelse för den sjuksköterska som tog emot rapporten. Överrapportering vid sängen gjorde det enklare för den sjuksköterska som fick rapport att ställa följdfrågor eftersom patienten gick att observera under rapporten. En del av de avgående sjuksköterskorna kände nervositet och oro inför överrapporteringen vid sängen. De upplevde att de ingick i ett bedömningsmoment av vad de hade och inte hade gjort med patienten (22).

I en studie av Philipin (34) undersöktes hur överrapportering mellan skift skedde på en intensivvårdsavdelning. Studien var en observations- samt intervjustudie som pågick under 12 månader varav 15 sjuksköterskor intervjuades. Överrapportering sågs här vara en presentation av vad den lämnande sjuksköterskan hade gjort under sitt skift (34).

Vad ska en muntlig överrapportering innehålla, var och hur sker den

I en enkätstudie av Currie (25) besvarade tjugoåtta sjuksköterskor om vad de ansåg vara den viktigaste informationen i en överrapportering. Sex kategorier var av högsta prioritet; 1)

inläggningsorsak, 2) vilken behandling patienten hade fått hittills, 3) patientens namn och ålder, 4) eventuella restriktioner, 5) planerad vård och 6) relevant sjukdomshistorik. Tjugonio procent föredrog "bedside" rapport. De hjälpte dem att "få ett ansikte" på den person rapporten handlade om och sjuksköterskan fick en chans att bedöma patienten allteftersom rapporten fortskred. Sjuksköterskan och patienten kunde samtidigt presentera sig för varandra (25). I Philipins (34) studie skedde den muntliga överrapporteringen vid patientens fotända ("bedside") där den avgående sjuksköterskan med stöd av observationskurvan gick igenom patienten. Överrapporteringen skedde både muntligt samt skriftligt. När sköterskorna talade lågmält var det information som utbyttes mellan sköterskorna som inte var till för patients öron. De talade lågmält oberoende om patienterna var sövda eller inte. Det hände dock att sköterskorna pratade högt och detta var ett sätt att involvera den vakna patienten i rapporten . Detta gällde speciellt om det fanns något positivt att rapportera. Sköterskorna använde sig även av icke-verbal kommunikation som kunde bestå i höjda ögonbryn och skakningar på huvudet. Icke-verbal kommunikation användes också för att ge uttryck för sympati för patienten och även sympati gentemot den rapporterade sjuksköterskan om hon hade haft ett krävande skift. Sköterskorna använde sig av medicinska objektiva termer men de hade även en viss jargong i språket. Exempelvis som en sjuksköterska uttryckte det att." she went of big time" vilket beskrev en dramatisk situation som inträffat under hennes skift (34) .

Brist på riktlinjer för en muntlig överrapportering

Brist på riktlinjer för vad som skall ingå vid en verbal överrapportering är en bidragande orsak till att rapporter kan bli osammanhängande och skapa förvirring snarare än att klargöra menar Sexton och Chan (31). Utan riktlinjer är rapporten beroende av vad den enskilda sjuksköterskan anser vara viktigt. Det kan istället bli information om allt och ingenting (31).

Införandet av riktlinjer eller protokoll kan förbättra muntlig överrapportering så att viktig information inte utelämnas samt är mer tidseffektiv. Detta sågs vara signifikant i resultatet i en studie av Catchpole et al (35). I studien observerade 50 postoperativa muntliga överrapporteringar från personal från operation till personal på intensivvårdsavdelning. Ett protokoll upprättades med hjälp av erfarenheter från Formula 1 racing team och flygkaptener. De första 23 observerade överrapporterna använde inget specifikt protokoll medan de resterande 27 använde sig av det nya upprättade protokollet. Resultatet visade att med hjälp

av ett protokoll minskade antalet tekniska fel, personalen som gav rapport utelämnade inte information och tiden det tog att rapportera minskade från 10.8 minuter till 9.4 minuter (35).

Kvalitén på den muntliga överrapporteringen

I en intervjustudie av McFetridge et al (36) sågs rapporten sakna struktur och brist på information. I studien intervjuades 6 akutsjuksköterskor och 6 intensivvårdssjuksköterskor från tre olika sjukhus om överrapportering från sjuksköterska på akutmottagning till intensivvårdssjuksköterska. Intensivvårdssjuksköterskorna tyckte inte att det var akutsjuksköterskornas personliga fel att de inte fått tillräckligt med information. De ansåg att de själva hade ansvar för att se till att akutsjuksköterskorna kände sig välkomna. De mer erfarna intensivvårdssjuksköterskorna sa att de själv sökte upp akutsjuksköterskorna för att få rapport då de visste att de hade viktigt information att delge om patienten (36).

I både Smiths et al (33) och Jenkins et al (37) studier fann man att brist på uppmärksamhet från mottagande sjuksköterska var en orsak till att överrapporteringen försvårades för lämnande sjuksköterska (33, 37). I Jenkins et al (37) studie tog man med hjälp av enkäter reda på ambulanspersonalens upplevelser av överrapportering på en akutmottagning. Brist på uppmärksamhet sågs bero på letandet av säng till patienten . Ambulanspersonalen upplevde också att uppmärksamheten minskade om patienten var instabil, då fokuserade mottagande sjuksköterska på att ta hand om patienten istället för att lyssna på rapporten (37). Att uppmärksamheten riktades till att ta hand om patienten istället för att lyssna på rapporten sågs även i studien av McFetridge et al (36). I studien hade intensivvårdssjuksköterskorna bland annat fokus på att koppla upp patienten på monitorn och administrera läkemedel. Önskemål framkom från både intensivvårdssjuksköterskan och sjuksköterskan från akutmottagningen att de skulle finnas fler personer som kunde hjälpa till med att ta hand om patienten vid ankomst. De fann också att akutsjuksköterskan upplevde att det var svårt att veta vilken information som hade getts av läkaren till intensivvårdssjuksköterskan och därför visste de inte alltid vad de skulle inkludera eller exkludera i sin rapport. Undersökningen visade även på att det fanns brist på klarhet och förståelse för respektive yrkesroller (36). Bristande förståelse sågs även vara ett hinder vid överrapporteringen i artikeln av Smith et al (33). Det fanns en uppfattning bland anestesipersonalen att uppvakningssjuksköterskan visste hur den perioperativa vården var utformad. I och med det använde anestesipersonalen ibland egna begrepp. Ett exempel på detta var att en narkosläkare refererade till uppvakningssjuksköterskan med ”*det vanliga*” och

menade då med vilket sömnmedel som hade använts. Annat som observerades var att komplexa perioperativa problem ofta sveptes över i den muntliga överrapporteringen. Uppvakningssjuksköterskan fick ofta fråga efter information, detta tolkades som att den muntliga överrapporteringen var bristfällig (33).

Sammanfattningsvis fann vi två tidigare studier som behandlade muntlig postoperativ överrapportering. I studien gjord av Smith et al (33) utgjordes informanterna av anestesiläkare och intensivvårdssjuksköterskor och i studien gjord av Catchpole et al (35) var syftet att undersöka om den postoperativa överrapporteringen förbättrades med hjälp av ett protokoll. Författarna har inte funnit några tidigare studier som tar upp muntlig postoperativ överrapportering ur ett anesthesi- och intensivvårdssjuksköterskeperspektiv.

SYFTE

Att beskriva anesthesi- och intensivvårdssjuksköterskors upplevelser av muntlig postoperativ överrapportering

Våra forskningsfrågor

- Är anesthesi- och intensivvårdssjuksköterskorna tillfredställda med den muntliga postoperativa överrapporteringen?
- Faktorer som påverkar muntlig överrapportering?
- Vad anser anesthesi respektive intensivvårdssjuksköterskan är viktig information vid överrapportering?

METOD

Då syftet med denna studie är att beskriva mänskliga upplevelser har författarna valt att använda sig av kvalitativ forskning (12). Målet med kvalitativ forskning är att försöka identifiera och upptäcka okända företeelser och vad de har för egenskaper och innebörd (38). Enligt Polit och Beck (12) ämnar kvalitativ forskning att beskriva, fördjupa och förklara (12). Författarna till studien har valt att använda sig av intervjuer och sedan analysera dessa med en kvalitativ innehållsanalys.

Urval

Inklusionskriterier för studien är att informanterna skall ha en specialistsjuksköterskeutbildning inom anesthesisjukvård respektive intensivsjukvård och ha arbetat i minst 2 år inom sin specialitet. Antalet intervjuer antas uppgå till 10-14 stycken alternativt tills mättnad uppnås då fler intervjuer inte kan ge ytterligare information (39). Antalet från varje specialitet skall vara lika vilket innebär 5-7 intervjuer med anesthesisjuksköterskor respektive intensivvårdssjuksköterskor.

Datainsamling

Studien kommer att genomföras på ett eller flera sjukhus i Västra Götalandsregionen. Kontakt kommer att tas med enhetschefer på flera operationsavdelningar respektive intensivvårdsavdelningar. Processen att rekrytera deltagare på respektive enhet kommer att gå via enhetscheferna. Via denna kontakt förmedlas sedan forskningspersonsinformationsbrevet till de tilltänkta deltagarna. Brevet innehåller information om studiens syfte och hur intervjuerna kommer att genomföras (se bilaga 1). Efter muntlig och skriftlig genomgång av studiens syfte och tänkta genomförande skall deltagarna ge sitt godkännande till att medverka. Ett frågeschema utformas mot bakgrund av problemformuleringen (se bilaga 2) och semistrukturerade intervjuer (39) med låg grad av standardisering kommer att användas (40). Semistrukturerade intervjuer ger möjlighet att följa ett frågeschema med fokus på vissa teman samt formulera följdfrågor och kompletterande frågor för att förtydliga samt utveckla informanternas svar. Den semistrukturerade intervjun anses av författarna att passa bra då informanterna ingår i två olika specialistområden och skall beskriva samma fenomen men från olika utgångspunkter. Författarna anser att semistrukturerade intervjuer ger informanterna större utrymme att delge sina erfarenheter som därmed kommer att ge studien en djupare förståelse om muntlig postoperativ överrapportering (39, 40).

Beräknad intervjulängd är cirka 30-60 minuter och kommer att spelas in på ljudfiler. Intervjuerna kommer att äga rum i ett enskilt samtalsrum.

Dataanalys

Kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats kommer att användas för att analysera det insamlade datamaterialet. Kvalitativ innehållsanalys är en metod som inte har någon bakomliggande teori eller filosofisk grund som vägleder forskaren i datainsamling och analys. Med induktiv ansats menas att analysen av intervjutexten kommer att ske förutsättningslöst utan någon i förväg utarbetad mall/teori/modell. Denna metod används oftast när intervjutexter innehållande människors upplevelser skall analyseras (41).

Det finns ofta inte *en* sanning inom kvalitativ forskning, utan flera alternativa tolkningar.

Forskningsresultatets trovärdighet i en kvalitativ innehållsanalys är vida diskuterat bland forskare, men som tradition inom den kvalitativa forskningen har *giltighet* använts som begrepp för att bedöma trovärdigheten. Genom att beskriva tillvägagångssättet i dataanalysen

och urvalet ges läsaren en möjlighet att bedöma *giltigheten*. Forskningsresultatets giltighet anses vara tillgodosedd om det karaktäristiska/typiska för det som ämnas beskrivas lyfts fram. För att ytterligare öka trovärdighet på forskningsresultatet kommer författarnas förförståelse och erfarenhet för det studerade att diskuteras (41).

Intervjuteexterna kommer att bearbetas enligt Lundman och Granheims analysstege. Analysen sker i följande ordning: meningsenheter, kondensering, kodning, underkategorier och kategorier (41).

Forskningsetiska överväganden

Studien syftar till att beskriva anesthesi- och intensivvårdssjuksköterskors upplevelser av muntlig postoperativ överrapportering. Genom att beskriva detta ämnar studien belysa eventuella problem och därmed möjligtvis hitta åtgärder som kan minska eller eliminera brister i vården. Enligt Nurnbergkodexen (42) skall forskningen ha som syfte att resultatet kan komma samhället till godo (42). Etiska riktlinjer för omvårdnadsforskning i Norden (43) har fyra vägledande etiska principer som grund, en av dessa är principen om att göra gott vilket är överensstämmande med denna studies syfte .

I enlighet med Nurnbergkodexen och principen om autonomi samt enligt Etiska riktlinjer för omvårdnadsforskning i Norden skall deltagarna kunna avbryta sitt deltagande i studien när som helst (42, 43). Resultatet kommer att presenteras avidentifierat så informanternas identitet inte röjs. De frågor som kommer att ges till deltagarna samt utformandet av intervjuerna kommer att utformas så att deltagarnas integritet och värdighet bibehållas. Deltagarna i denna studie kommer att få muntlig samt skriftlig information om studien och deltagarna måste ge muntligt och skriftligt samtycke till att delta (42, 43) (se bilaga 1).

Studien avser inte att utsätta deltagarna för skada eller obehag. Skada eller obehag skulle kunna vara av psykisk karaktär. Nurnbergkodex samt principen om att inte skada enligt Etiska riktlinjer för omvårdnadsforskning i Norden skall de ansvariga för studien se till att vidta åtgärder om så skulle inträffa. Om så skulle vara fallet är deltagarna informerade om att kontakta de ansvariga för studien. Obehag skulle kunna vara att kritik framkommer gentemot arbetsgivare eller enskilda personer inom verksamhet. Detta obehag elimineras genom avidentifiering av materialet (42, 43).

Pilotstudien

Urval

Informanterna utgörs av specialistsjuksköterskor inom anestesi- och intensivvård samt specialistsjuksköterskor inom intensivvård. Två anestesijuksköterskor respektive två intensivvårdssjuksköterskor intervjuades. Urvalskriterierna var att sjuksköterskorna skulle vara specialistutbildade inom anestesi- respektive intensivvård och arbetat minst två år inom sin specialitet. Författarna valde att intervjua sjuksköterskorna från två sjukhus, dvs. två anestesijuksköterskor från ett sjukhus respektive två intensivvårdssjuksköterskor från ett annat sjukhus.

Datainsamling

Pilotstudien genomfördes på ett sjukhus i Västra Götalandsregionen. Processen att rekrytera deltagare började med att kontakt togs med enhetschefen på en operationsavdelning respektive en intensivvårdsavdelning. Genom enhetscheferna på de två enheterna fick vi kontakt med våra informanter. Informanterna fick sedan via enhetschefen forskningspersonsinformationsbrevet (se bilaga 1). De fick även muntlig information vid intervjuens början om studiens upplägg och att allt materialet skulle behandlas konfidentiellt. Informanterna informerades om sina rättigheter att de när som helst kunde avbryta intervjun utan att behöva meddela forskarna varför. Informanterna delgav sitt samtycke att delta i studien och intervjuerna genomfördes inom loppet av två veckor. Intervjuerna varade mellan 15-35 minuter och ägde rum i ett enskilt samtalsrum på respektive enhet. Författarna valde att göra intervjuerna var för sig inom sitt specialismråde dvs. det var bara en författare närvarande samt en informant närvarande vid varje intervjutillfälle. Intervjuerna spelades in på ljudfiler. Semistrukturerade intervjuer med låg grad av standardisering användes. Ett frågeschema utformades med 4 huvudfrågor (bilaga 2) mot bakgrund av problemformuleringen. Två av huvudfrågorna fick tillhörande stödfrågor för att förtydliga huvudfrågan (se bilaga 2). Under intervjuernas gång formulerades följdfrågor samt kompletterande frågor för att förtydliga samt utveckla informanternas svar. En omformulering av vissa frågor skedde under intervjun beroende på vilket specialismråde informanten jobbade inom. Samtliga informanter fick samma inledningsfråga: ” Hur länge du har arbetat som specialistsjuksköterska (anestesi/intensivvård)...” Därefter utgick författarna ifrån frågeschemat men frågornas ordningsföljd varierade beroende på informanternas svar.

Dataanalys

Enligt Lundman och Granheims analysprocess skrevs ljudfilerna ut ordagrant av författarna. Utifrån studiens syfte identifierades meningsenheter ifrån intervjutexten. Båda författarna identifierade var och en för sig meningsenheter, för att sedan tillsammans enas om vilka meningsenheter som var relevanta gentemot syftet. Nästa steg i analysen var kondensering av meningsenheterna. Kondenseringen innebar att texten kortades ner utan att kärnan i innehållet gick förlorat. De kondenserade meningsenheterna som liknade varandra kodades för att beskriva det centrala innehållet. Koder med liknande innehåll bildade underkategorier som sedan abstraherades ytterligare och bildade kategorier. Analysprocessen exemplifieras i tabell 1. Genom hela analysprocessen gick författarna regelbundet tillbaka till ursprungstexten för att se till att kontext inte gick förlorad (41).

Meningsenheter	Kondensering	Kod	Underkategorier	Kategorier
man kommer in och löser och då får man ju en snabb rapport av narkosskötarskan operationen fullföljer ytterligare några timmar och så skall man rapportera på UVA ... man kanske inte har riktigt koll på allt som har gjorts under dagen och det kan vara lite frustrerande	Man löser och får snabb rapport, sen skall man rapportera på UVA. Ingen riktig koll på vad som gjorts under dagen-frustrerande.	Dålig överblick vid avlösning	Avlösning	Risk för informationsförlust
... när jag tänker efter så e det ju på grund av att jag får så mycket onödig information som gör att jag tappar koncentrationen alltså...	Om jag får mycket onödig information tappar jag koncentrationen.	Koncentrationen går förlorad med onödig information.	Okoncentration	Risk för informationsförlust
... vill nog rapportera för att man vill liksom visa vad man har gjort man vill att personen skall förstå vad som har hänt där inne på operation	Vill rapportera för att visa vad man har gjort och vad som har hänt inne på operation	Rapporten beskriver händelser så att den andra personen förstår.	Tydliggöra	Möjlighet till feedback
... då drar jag mig lite åt sidan så kan man lättare rapportera så slipper man tänka på att någon kanske avlyssnar rapporten så kan man släppa det då...	Drar mig åt sidan, slipper tänka på att någon kanske avlyssnar	Slipper att någon avlyssnar	Hålla på sekretessen	Brist på avskildhet

Tabell 1. De olika stegen i kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (2004).

RESULTAT

Vid analysen utkristalliserades fyra stycken kategorier: risk för informationsförlust, brist på avskildhet, möjlighet till feedback och ansvarsfördelning. Resultatet redovisas under respektive kategori och i vissa fall under underkategorier. Citat har valts ut för att tydliggöra samt exemplifiera. Anestesi- och intensivvårdssjuksköterskorna kommer i resultatet att benämnas överlämnande respektive mottagande sjuksköterska.

Risk för informationsförlust

Avbruten

Sjuksköterskorna beskrev att de ofta blev avbrutna i överrapporteringen av exempelvis att telefonen ringde, medpatienter eller annan personal krävde uppmärksamhet av mottagande sjuksköterska eller att det var allmänt ”stökigt” inne på salen. De ansåg att det ledde till att det blev svårt att bibehålla fokuseringen på överrapporteringen och att det var svårt att ta upp tråden igen om en av sjuksköterskorna var tvungen att gå iväg.

”... sen gäller det att bibehålla intensivvårdssjuksköterskans uppmärksamhet, för det kan vara någon som ropar på henne, det kan vara telefonen som ringer eller det kan vara ganska stökigt...”

Tidspress

Det ligger ofta en tidspress på överrapporteringen enligt sjuksköterskorna. Tidspress beskrevs som bidragande faktor till okoncentration under överrapporteringen. Överlämnande sjuksköterska kände tidspress att gå tillbaka till operation och ta hand om patient som väntade och mottagande sjuksköterskan blev ofta avbruten och tvungen att gå iväg från rapporteringen och detta ansåg sjuksköterskorna leda till ökad stress och irritation. De kände att det inte hade tid att vänta på varandra.

Avlösning

Mottagande sjuksköterskor ansåg att det mest frustrerande som kunde ske vid en överrapportering var att den överlämnande sjuksköterskan inte var påläst på patienten på grund av avlösningar.

”... det blir man ju så förbaskad över ... det är när de säger att jag har precis tagit över patienten så jag vet egentligen ingenting...”

”Då e det en förklaring på att dom inte vet... det e dagligdags som vi får höra detta vi har bara löst... då e det legitimt för dom att inte veta något”

”... störande när dom kommer å rapporterar å börjar med att dom precis har löst å sen så går dom igenom precis nåt som redan står på kurvan...”

De ansåg att de hade rätt till samma mängd information om patienten oavsett om överlämnande sjuksköterska hade varit med patienten under hela eller delar av operationen.

Överlämnande sjuksköterska upplevde att när hon har löst av en kollega under operation var det svårt att skaffa sig en ordentlig uppfattning om vad som har gjorts med patienten fram tills avlösningen. Detta ledde till frustration både hos överlämnande och mottagande sjuksköterska. En åtgärd för att denna frustration skulle minska ansågs vara om det fanns anteckningar i patientens elektroniska journal om vad som gjordes med patienten under operation och att dessa skulle vara skrivna innan patienten kom till uppvakningsavdelningen. Detta skulle underlätta för alla inblandade ansåg en sjuksköterska.

Okoncentration

En vanlig brist i överrapporteringen beskrevs som ointresse, att mottagaren inte lyssnade. En förklaring till detta kunde vara att mottagande sjuksköterskor inte önskade veta allting som sades i rapporten och sållade därmed bort information genom att inte lyssna aktivt och tappade därmed koncentrationen. Alternativt att det blev för mycket information att komma ihåg. Risker blev då att mottagande sjuksköterska frågade om något som hon redan var informerad om och fick då till svar att det inte var någon mening med överrapportering

eftersom hon inte lyssnade. En sjuksköterska uttryckte att själva syftet med överrapporteringen var att nästa person skulle veta allting som var gjort med patienten och att hon gjorde sitt bästa för att det skulle bli så, men att det kändes meningslöst när ingen hörde på vad hon hade att säga.

” ... jag vill inte ha den informationen och dom går in i detaljerna på vad dom har... ähmm sprutat när dom har sövt... de e inte jag de minsta intresserad av risken e att jag bara slår döv öra till å sen när det väl blir nåt som e intressant så har jag inte riktigt vaknat till liv ”skratt” å så missar jag det”

” ... folk inte lyssnar det är inte helt ovanligt och då kommer mitt temperament upp så då blir jag sur för jag tycker att folk skall lyssna om man ger rapport”

Brist på avskildhet

Det ansågs vara viktigt att rapportera ostört för att se till att sekretessen efterlevdes gentemot medpatienter samt anhöriga. Men det var även den nyopererade patienten som inte skulle höra vad som rapporterades. Till detta angavs olika skäl så som att vissa saker skulle kunna uppfattas av patienten eller av medpatienterna som farligt och skrämmande för patienten.

”... om det inte e anhöriga så kan de ju va väldigt vakna patienter som även om de inte handlar om dom själva så kanske dom e i dimmorna å tror att det som sägs där hos grannen de gäller dom själva”

Rapporterna syntes vanligen ske vid patientens fotända. De som ville att sekretessen efterlevdes såg till att rapporten skedde en bit ifrån patient och övriga medpatienter. En av de intervjuade sa att patienten hade rätt att höra vad som rapporterades men sa även att språket som användes vid rapporterna var av sådan medicinsk karaktär att ”vanliga människor” inte skulle förstå vad det talades om. Andra sätt som kunde användas för att minska risken för att patienter och anhöriga avlyssnade rapporten var att tala tyst eller/och peka på narkoskurvan istället för att säga det som stod.

”oftast så står man vid sängen och rapporterar och det är inte bra...för då hör dels patienten vad man säger och det kanske inte är lämpligt just då och sen alla patienter runt om eller så går man vid sidan av och rapporterar vilket för mig känns mycket bättre”

”Och det kan va, vara folk som passerar förbi det är ju ingen tyst och avskild miljö det är det ju inte utan man får liksom hela tiden ha ögonen och öronen på skaff”

En mottagande sjuksköterska talade om att överlämnande sjuksköterska kunde ta initiativet till att ta rapporten avsides. Detta kunde ske om utifall något hade inträffat under operation som patienten ännu inte hade blivit informerad om. Sammantaget kunde ses att samtliga såg de som ett problem att medpatienter samt anhöriga kunde avlyssna de muntliga rapporterna. De såg att det kunde finnas lösningar som att gå avsides men en del poängterade att detta inte alltid var möjligt. Någon poängterade att även om rapporten skedde avsides så hördes det i alla fall relaterat till hur uppvakningsavdelningen var möblerad/konstruerad.

Möjlighet till feedback

Kategorin kan ses utgöra en jämförelse med om rapporten enbart skulle vara skriftlig. Själva dialogen som skedde mellan överlämnande och mottagande sjuksköterska poängterades vara av värde.

”Nä jag tror att den här dialogen är bra tror jag faktiskt. Det skulle bli väldigt opersonligt om man bara körde in på UVA/IVA och bara lämnade patienten, varsågod och...”

Den mänskliga kontakten möjliggjorde att mottagande sjuksköterska kunde ställa frågor till överlämnande sjuksköterska om det var något hon inte hade förstått eller om det fanns något annat utöver det som rapporterats som hon hade frågor om. Samtliga intervjuade talade om fördelen med att kunna ställa frågor. De mottagande sjuksköterskorna beskrev att de ofta fick fråga efter samma information vilket upplevdes frustrerande. En av de överlämnande sjuksköterskorna beskrev att hon hade svårt att veta hur mycket information rapporten skulle innehålla då vissa mottagande sjuksköterskorna ibland ville veta allt och vissa ingenting.

Det muntliga kunde förmedla en känsla som inte kunde ersättas med enbart den skriftliga rapporten. Vissa saker ansågs vara svårare att förmedla skriftligt så som en känsla.

”... hennes ord och hennes formuleringar på sin upplevelse av sövningen och operationen är viktig för mig, vad hon har upplevt, hur hon eller han har upplevt vad som har gått bra och vad som har gått mindre bra...”

Det muntliga kunde också ses vara ett förtydligande av det skriftliga på narkoskurvan och flera av de intervjuade poängterade att det som skrivs där många gånger är svårt att tyda.

”... på narkoskurvan skriver man ju och en del skriver så kladdigt så man ser inte vad det står så det kanske är bra att förtydliga det man har skrivit.”

Ingen sjuksköterska i studien önskade vara utan den muntliga överrapporteringen.

De ansåg att den muntliga överrapporteringen var ett viktigt instrument i informationsöverföringen om patienten. De uttryckte bland annat:

” ... det blir en slags kontroll att jag har fått med allt ... en checklista” och ”det är vårt arbetssätt eftersom vi inte har så mycket dokumentation”.

Sjuksköterskorna beskrev att alla hade en tidspress på sig och risken fanns att man inte prioriterade att läsa i patientens journal. Syftet med den muntliga överrapporteringen blev då att säkerhetsställa att informationen om patienten verkligen kom fram.

Oklar ansvarsfördelning

En sjuksköterska upplevde ofta att det praktiska ansvaret förflyttades från överlämnande till mottagande sjuksköterska när patienten kom innanför tröskeln på uppvakningen, det vill säga innan den muntliga överrapporteringen hade ägt rum. Ifall patienten krävde medicinering innan den muntliga överrapporteringen var klar upplevde mottagande sjuksköterska att ansvaret låg hos henne trots att patienten var okänd för denne. En sjuksköterska ansåg att det är överlämnande sjuksköterska ansvar att ge patienten medicin till dess att den muntliga överrapporteringen var klar.

”jag kan känna att narkosköterskor dom ställer sig vid fotändan å där står dom... dom bara förväntar sig att när vi har kommit in i våra rum då e de vi som ska agera”

METODDISKUSSION

Då syftet var att beskriva upplevelsen av muntlig överrapportering valde författarna att intervjua två anestesijuksköterskor och två intensivvårdssjuksköterskor från två olika sjukhus i Västra Götaland regionen. Eftersom anestesijuksköterskan är den som ger rapport och intensivvårdssjuksköterskan är den som tar emot rapport ökade detta möjligheten att nå fram till syftet från två olika perspektiv (41). Enligt Trost (40) kan informanterna känna sig i underläge om två forskare intervjuar dem samtidigt. Vidare menar Trost att man skall undvika att intervjua flera personer samtidigt. Detta för att förhindra att den mera tystlåtna kommer i skymundan och inte gör sin talan hörd och den pratsamma kan ta över hela intervjusamtalet. Därför valde författarna att genomföra två enskilda intervjuer vardera (40).

Nackdelen med att spela in intervjuerna på ljudfiler är att informanterna kan känna sig besvärade och hämmade att svara på forskarnas frågor (40). En informant uttryckte i början av intervjun att det kändes jobbigt att bli inspelad. Efter att ha informerats om hur ljudfilerna skulle hanteras, gav informanten sitt samtycke att fortsätta intervjun.

Att använda sig av kvalitativ forskningsintervju som datainsamlingsmetod var lämpligt eftersom syftet var att beskriva informanternas upplevelser. Svårigheten med att använda sig av en intervjustudie var att författarna inte var förtrogna med intervjutekniken eller tolkning av texter. Ju fler intervjuer forskaren gör desto mer insatt och säkrare kommer denne bli i intervjusituationen vilket kommer leda till bättre kvalitet på intervjuerna (39). Således skulle kvalitén ha kunnat påverka resultatet. Enligt Lundman och Graneheim är det också fördelaktigt att låta någon annan forskare som är insatt i ämnet gå igenom analysmaterialet för att kunna verifiera att kategorierna som utkristalliseras har giltighet. Handledare har tillsammans med författarna varit delaktig i utformandet av kategorier (41).

Efter noggrann analys av intervjutexterna valde författarna att exkludera en av forskningsfrågorna; Vad anser anesthesi- intensivvårdssjuksköterskor är viktig information vid överrapportering? I efterhand ansågs frågan inte beskriva sjuksköterskornas upplevelser av muntlig postoperativ överrapportering. I den fullskaliga studien skulle frågeformuläret behöva förändras genom att exkludera frågan: Vilken information är viktigast för dig att få från anestesijuksköterskan för att kunna sköta patienten? Vad tror du att intensivvårdssjuksköterskan vill veta?

Som tidigare nämnts har författarna, genom yrkeserfarenhet, kommit i kontakt med muntlig postoperativ överrapportering. Författarnas förförståelse kan ha påverkat tolkningen av texterna. Enligt Lundman och Graneheim kan texterna tolkas på olika sätt beroende på subjektiv uppfattning.

Författarna har genomfört analysen gemensamt, det vill säga författarna har läst samtliga intervjutexter samt kondenserat, kodat och kategoriserat materialet gemensamt. I enlighet med Lundman och Graneheim ökar detta tillförlitligheten av resultatet.

RESULTATDISKUSSION

Syftet med denna studie är att beskriva anestesi- och intensivvårdssjuksköterskors upplevelser av muntlig postoperativ överrapportering. Våra forskningsfrågor; är anestesi- och intensivvårdssjuksköterskorna tillfredställda med den muntliga postoperativa överrapporteringen samt faktorer som påverkar tillfredställande/otillfredsställande muntlig överrapportering anser författarna vara besvarade i pilotstudien. Fyra kategorier identifierades under analysarbetet av pilotstudien; risk för informationsförlust, brist på avskildhet, möjlighet till feedback och oklar ansvarsfördelning.

Sjuksköterskorna i pilotstudien upplevde att när de blev avbrutna i rapporten, av exempelvis ett telefonsamtal, var det svårt för dem att bibehålla uppmärksamheten på den muntliga rapporten. Överflödiga information från överlämnande sjuksköterska upplevdes av mottagande sjuksköterska också leda till bristande uppmärksamhet. Bristande uppmärksamhet bekräftas av Smith et al (33) och Jenkin et al (37) och McFetridge et al (36) vara ett problem vid muntlig överrapportering. I dessa studier berodde den bristande uppmärksamheten på andra orsaker än de funna i pilotstudien så som letandet av säng till patient samt koppla upp patienten på monitor (33, 36, 37).

I pilotstudien beskrev sjuksköterskorna att de upplevde en otillfredsställelse med delar av den muntliga överrapporteringen. Utifrån Kings teori skulle otillfredsställelsen kunna förklaras med att överlämnande och mottagande sjuksköterska har olika kunskaper, behov, förväntningar och mål med den muntliga postoperativa överrapporteringen (16). En mottagande sjuksköterska i pilotstudien önskade inte veta exakt hur anestesi hade utförts då hon inte ansåg sig ha tillräcklig kunskap om anestesis verkan och biverkan. I Smiths et al (33) studie använde den överlämnande anestesi-personalen sig av begrepp som "det vanliga"

för att beskriva det anestesimedel som använts, vilket de förväntade sig att mottagande sjuksköterska skulle förstå innebörden av (33). Enligt SFAI:s (7) rekommendationer *skall* anesthesisjuksköterskan rapportera anestesiförloppet till mottagande sjuksköterska på postoperativa enheten. Dock står det inte exakt *vad* som skall rapporteras (7). Hur den muntliga överrapporteringen skall gå till och vad den skall innehålla ingår inte i den teoretiska delen av sjuksköterskeutbildningen. Inläring sker istället ute på arbetsplatsen vilket leder till att innehållet och funktionen av den muntliga överrapporteringen ser olika ut på olika avdelningar (44). Detta kan enligt Sexton et al (31) leda till att den muntliga överrapporteringen utformas olika beroende på vad den enskilda sjuksköterskan anser vara viktigt att förmedla. Rapporten kan då riskera att innehålla allt och ingenting (31).

Syftet med den muntliga överrapporteringen, som en sjuksköterska i pilotstudien uttryckte det, är att nästa person skulle veta allting som hade gjorts med patienten under operation. I pilotstudien sågs detta leda till att mottagande sjuksköterska upplevde att hon fick för mycket eller oviktig information vilket ledde till ointresse hos mottagande sjuksköterska. Enligt Eide och Eide (15) måste mängden information anpassas för att uppnå god kommunikation (15). Med utgångspunkt från hur kommunikation beskrivs och vilka komponenter som ingår anser författarna att det synes finnas brister i kommunikationen mellan den överlämnande och mottagande sjuksköterskan i pilotstudien. Enligt Thornqvist (45) är sjukvården på väg att bli allt mer specialiserad. Den ökade specialiseringen leder till att personalen kan ha olika perspektiv på vad de anser är viktigt kunskap och information om patienten, vilket ställer högre krav på personalen att förstå varandra (45). Det finns bristande förståelse för varandras olika kunskapsområden. Det är således viktigt att kunna förstå vad den andre menar, annars riskerar informationen att bli värdelös och intetsägande.

Gemensamt för samtliga intervjuade var att de identifierade en brist på avskildhet. De ansåg att den muntliga rapporten inte skulle avlyssnas av anhöriga och medpatienter eller av patienten själv i vissa fall. Författarna har inte funnit några tidigare studier där sjuksköterskor poängterar sekretessen som ett så starkt skäl till att vilja rapportera ostört. Däremot har andra studier visat att sjuksköterskor upplever fördelar med att rapportera vid patientens säng. En av fördelarna som anges är att patienterna har möjlighet att bli mer delaktiga i sin vård (22, 46). En nackdel med att rapportera vid patientens säng, beskrev sjuksköterskorna i pilotstudien, är att patienter och medpatienter kan misstolka information och uppfatta den som något farligt och skrämmande. Denna uppfattning bekräftas i Cahill (47) och Sexton et al (31) studier där

överrapportering vid fotändan ledde till att patienterna upplevde oro och förvirring (31, 47) . I en studie av Timonen och Sihvonen (46) upplevde 29 % av patienterna och 32 % av sjuksköterskorna det som ett störande moment att andra medpatienter kunde avlyssna rapporten (46).

Tidigare forskning visar att den muntliga överrapporteringen sjuksköterskor emellan har en social funktion d v s det är ett forum för debriefing och kollegialt emotionellt stöd i sin yrkesroll (29, 31, 32). Resultatet av pilotstudien visar att den muntliga överrapporteringen fyller en social funktion i form av att de gav dem en möjlighet till feedback, dvs. möjlighet att ställa följdfrågor och klargöra. Exempelvis beskrev en överlämnande sjuksköterska att den muntliga rapporten gav henne trygghet i att veta att mottagande sjuksköterska verkligen hade fått information om vad som har hänt och gjorts med patienten under operation. Fördelar med muntlig överrapportering ses i andra studier vara bland annat att den mottagande sjuksköterskan har möjlighet till att ställa frågor (22, 32). Dock fann författarna inget om den trygghet överlämnande sjuksköterskan känner med den muntliga överrapporteringen. Detta är en annan social dimension av den muntliga överrapporteringen som inte har påvisats i tidigare studier.

Enligt Nilsson och Waldermansson (18) försäkrar vi oss sällan under ett samtal om exakt *vad* den andra menar. Vi förutsätter att den andra personen uttrycker sig på ett sådant sätt som vi själva skulle ha gjort (18). Det kan därför bli otydligt om den muntliga överrapporteringen utformas godtyckligt utan ramar och regler för vad som skall sägas. Upprättandet av ett protokoll eller en checklista vid muntliga överrapporteringar har visat sig leda till att rapporten blir mer tidseffektiv samt minskar risken för att information går förlorad (35). I pilotstudien fanns en skillnad mellan vad mottagande sjuksköterskor fick för information och vad de ville veta samt att sjuksköterskorna ofta kände en tidspress. Brister i överrapportering som leder till att patientsäkerheten hotas är inte något som kan accepteras (3, 44). I framtiden skulle därför kunna vara bra att de två sjuksköterskespecialiteterna i dialog utformar en mall för vad som är viktig att förmedla i den muntliga postoperativa överrapporteringen. Detta skulle kunna leda till en bättre kommunikation dem emellan, men framförallt se till att kontinuiteten för patienten i vården säkerhetsställs.

En utökad studie skulle kunna leda till ökad förståelse för hur anesthesi- och intensivvårdsjuksköterskor upplever postoperativ muntlig överrapportering och verifiera de

brister funna i pilotstudien. Detta kan leda till att förbättra den kliniska verkligheten och utveckla nya rutiner för att reducera de brister som finns i det nuvarande systemet. Den utökade studien skulle öka generaliserbarheten och därmed kunna utgöra en grund för framtida forskningsprojekt. Ett förslag på framtida forskningsprojekt är att undersöka anesthesi- och intensivvårdssjuksköterskor behov av protokoll eller mall för postoperativ muntlig överrapportering samt utveckla och utvärdera ett sådant protokoll i klinik. Detta är ett steg i rätt riktning för att förbättra vårdkvalitén och därmed öka patientsäkerheten.

REFERENSER

1. Elfström J, Sturnegk C. Sjukvårdens händelseanalyser bör skärpas och involvera läkare. Genomgång av 118 Lex Maria-ärenden i Östergötland. Läkartidningen; 2009 [cited 2009]; Available from: <http://larkiv.lakartidningen.se/2009/temp/pda37334.pdf>.
2. Lex Maria 2005 [updated 20051209]; Available from: http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2005-28/Documents/2005_28.pdf.
3. Wallin C-J. SBAR – modell för bättre kommunikation mellan vårdpersonal. Ineffektiv kommunikation bidrar till majoriteten av skador i vården. 2008 [cited 2008]; Available from: http://www.lakartidningen.se/store/articlepdf/9/9758/LKT0826s1922_1925.pdf.
4. Patientdatalag (2008:355). 2008 [cited 2008]; Available from: <http://www.riksdagen.se/webbnav/index.aspx?nid=3911&bet=2008:355>.
5. Nilsson U, Liljeroth E, Wennström B. Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot anestesisjukvård. 2008; Available from: http://www.aniva.se/index.php?option=com_content&view=article&id=113&Itemid=200044.
6. Lindwall L, Post I. Perioperativ vård: att förena teori och praxis. Lund: Studentlitteratur; 2008.
7. Perioperativt anestesiarbete. Svensk Förening för Anestesi och Intensivvård; 1997 [updated 2005]; Available from: <http://www.sfai.se/files/Sid%2011-29.pdf>.
8. Holm S, Hansen E. Pre- och postoperativ omvårdnad. Lund: Studentlitteratur; 2000.
9. Hovind I, Bolinder-Palmér I. Anestesiologisk omvårdnad. Lund: Studentlitteratur; 2005.
10. Bodelsson M, Forss K, Werner M, Nilsson I. Anestesiologi. Lund: Studentlitteratur; 2005.
11. Wiklund L. Vårdvetenskap i klinisk praxis. Stockholm: Natur och kultur; 2003.
12. Polit D, Beck C. Essentials of nursing research: methods, appraisal, and utilization. Philadelphia: Lippincott; 2006.
13. Kirkevold M. Omvårdnadsteorier: analys och utvärdering. Lund: Studentlitteratur; 2000.
14. Eriksson K. Den lidande människan. Stockholm: Liber utbildning; 1994.
15. Eide H, Eide T. Omvårdnadsorienterad kommunikation: relationsetik, samarbete och konfliktlösning. Lund: Studentlitteratur; 2009.
16. Grundberg T, Rooke L, Wentz K-L. Anteckningar om omvårdnadsteorier 2. Lund: Studentlitteratur; 1995.

17. Sieloff CL, Frey MA, King IM. Middle range theory development using King's conceptual system. New York: Springer Pub. Co; 2007.
18. Nilsson B, Waldemarson A-K. Kommunikation: samspel mellan människor. Lund: Studentlitteratur; 2007.
19. Fiske J, Olofsson L. Kommunikationsteorier: en introduktion. Stockholm: Wahlström & Widstrand; 1997.
20. Fossum B. Kommunikation: samtal och bemötande i vården. Lund: Studentlitteratur; 2007.
21. Baldwin D, Daugherty S. Interprofessional conflict and medical errors: results of a national multi-specialty survey of hospital residents in the US. *J Interprof Care* 2008 Dec; 22(6):573-86.
22. Manias E, Street A. The handover: uncovering the hidden practices of nurses. *Intensive Crit Care Nurs* 2000 Dec; 16(6):373-83.
23. Lally S. An investigation into the functions of nurses' communication at the inter-shift handover. *J Nurs Manag* 1999; 7:29-36.
24. Bruce K, Suserud BO. The handover process and triage of ambulance-borne patients: the experiences of emergency nurses. *Nurs Crit Care* 2005 Jul-Aug; 10(4):201-9.
25. Currie J. Improving the efficiency of patient handover. *Emerg Nurse* 2002 Jun; 10(3):24-7.
26. Thakore S, Morrison W. A survey of the perceived quality of patient handover by ambulance staff in the resuscitation room. *Emerg Med J* 2001 Jul; 18(4):293-6.
27. Morton PG. *Critical care nursing: a holistic approach*. Philadelphia, Pa; Lippincott Williams & Wilkins; 2005.
28. Clochesy JM. *Critical care nursing*. Philadelphia: W. B. Saunders; 1996.
29. O'Connell B, Macdonald K, Kelly C. Nursing handover: it's time for a change. *Contemp Nurse* 2008 Aug; 30(1):2-11.
30. McMahon R. Power and collegial relations among nurses on wards adopting primary nursing and hierarchical ward management structures. *J Adv Nur* 1990; 15:232-39.
31. Sexton A, Chan C, Elliott M, Stuart J, Jayasuriya R, Crookes P. Nursing handovers: do we really need them? *J Nurs Manag* 2004 Jan; 12(1):37-42.
32. Kerr M. A qualitative study of shift handover practice and function from a socio-technical perspective. *J Adv Nur* 2002; 37(2):125-34.

33. Smith AF, Pope C, Goodwin D, Mort M. Interprofessional handover and patient safety in anaesthesia: observational study of handovers in the recovery room. *Br J Anaesth*2008 Sep; 101(3):332-7.
34. Philpin S. 'Handing over': transmission of information between nurses in an intensive therapy unit. *Nurs Crit Care*2006 Mar-Apr; 11(2):86-93.
35. Catchpole KR, De Leval MR, McEwan A, Pigott N, Elliott MJ, McQuillan A, et al. Patient handover from surgery to intensive care: using Formula 1 pit-stop and aviation models to improve safety and quality. *Paediatr Anaesth*2007 May;17(5):470-8.
36. McFetridge B, Gillespie M, Goode D, Melby V. An exploration of the handover process of critically ill patients between nursing staff from the emergency department and the intensive care unit. *Nurs Crit Care*2007 Nov-Dec; 12(6):261-9.
37. Jenkin A, Abelson-Mitchell N, Cooper S. Patient handover: time for a change? *Accid Emerg Nurs*2007 Jul; 15(3):141-7.
38. Starrin B, Svensson P-G. Kvalitativ metod och vetenskapsteori. Lund: Studentlitteratur; 1994.
39. Kvale S, Torhell S-E. Den kvalitativa forskningsintervjun. Lund: Studentlitteratur; 1997.
40. Trost J. Kvalitativa intervjuer. Lund: Studentlitteratur; 2005.
41. Granskär M, Höglund-Nielsen B. Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård. Lund: Studentlitteratur; 2008.
42. Nürnbergkoden CODEX-Centrum för forskning- & bioteknik; Available from: <http://www.codex.vr.se/forskningmanniska.shtml>.
43. Vård i Norden. Etiska riktlinjer för omvårdnadsforskning i Norden. 1983 [updated 2003]; Available from: <http://www.vardinorden.org/ssn/etikk.pdf>.
44. Scovell S. Role of the nurse-to-nurse handover in patient care. *Nurs Stand*2010 Jan 20-26; 24(20):35-9.
45. Thornquist E, Ruthman Edström M. Kommunikation i kliniken: möte mellan professionella och patienter. Lund: Studentlitteratur; 2001.
46. Timonen L, Sihvonen M. Patient participation in bedside reporting on surgical wards. *J Clin Nurs*2000; 9:542-48.
47. Cahill J. Patient's perceptions of bedside handovers. *J Clin Nurs*1998;7:351-59.

BILAGA 1



GÖTEBORGS UNIVERSITET SAHLGRENSKA AKADEMIN

Forskningspersoninformation

Studiens bakgrund

I det dagliga arbetet som anestesijuksköterskan och intensivvårdsjuksköterska ingår att anestesijuksköterskan avger muntlig postoperativ överrapportering till intensivvårdsjuksköterska på uppvakningsavdelning eller intensivvårdsavdelning. Muntlig överrapportering är en stor del i specialistsjuksköterskans arbete. Det finns dock mycket litet vetenskaplig kunskap om hur anestesijuksköterskor och intensivvårdssjuksköterskor upplever muntlig postoperativ överrapportering. Vi tillfrågar Dig om du vill delta i denna studie eftersom Du har erfarenhet av postoperativ muntlig överrapportering samt att Du till din vårdenhetschef har lämnat tillåtelse till att bli kontaktad.

Studiens genomförande

Om du väljer att delta i studien kommer du att bli intervjuad av en eller två personer. Frågor som kommer ställas under intervjun handlar om dina upplevelser kring muntlig överrapportering mellan anestesijuksköterskor och intensivvårdssjuksköterskor. (Alt hur du upplever överrapportering till intensivvårdssjuksköterska samt hur du upplever att få överrapportering från anestesijuksköterska). Vårt samtal kommer att spelas in med hjälp av bandspelare. Det inspelade samtalet kommer sedan omformas till text och sedan analyseras. Resultatet av denna studie kommer att redovisas i en uppsats från Göteborgs universitet. Detta är en pilotstudie och resultatet kan komma att utvidgas till en fullskalig studie i framtiden. Resultatet kan då komma att publiceras i en vetenskaplig tidskrift. Om du vill få kännedom om resultatet av studien är du välkommen att kontakta nedanstående personer.

Det inspelade materialet kommer att behandlas på sådant sätt att obehöriga ej kommer att ha tillgång till det. Vidare kommer materialet bli avidentifierat vilket innebär att den analyserade texten inte skall kunna kopplas till en enskild individ. Kassetbanden som används under intervjun kommer att förvaras i ett låst skåp på Göteborgs universitet. Hanteringen av personuppgifter regleras av Personuppgiftslagen (SFS1998:204).

Deltagandet i studien är frivilligt och du kan avbryta deltagande i studien närhelst under studiens gång utan att meddela varför. Det är vår förhoppning att inget obehag ska upplevas med anledning av studien. Eventuellt kan det upplevas positivt att få dela med sig av erfarenhet. Ingen ekonomisk ersättning kommer att utgå till deltagarna i studien.

Ansvariga för studien

Annelie Alfjord
Leg. Sjuksköterska
Tel: 0702-040707

Susanna Möller
Leg. Sjuksköterska
Tel: 0739-835237

Handledare
Isabell Fridh
Universitetslektor
Tel: 031-786 60 59

Institutionen för vårdvetenskap och hälsa, BOX 457, 405 30 Göteborg



GÖTEBORGS UNIVERSITET
SAHLGRENSKA AKADEMIN

Jag har fått muntlig samt skriftlig information om studien som syftar till att beskriva anestesijuksköterskors samt intensivvårdssjuksköterskors upplevelser av muntlig postoperativ överrapportering. Jag har fått möjlighet till att ställa frågor samt fått dessa besvarade.

Jag är medveten om att studien är frivillig samt att jag kan avbryta studien närhelst jag önskar.

Jag samtycker till att delta i studien.

Datum _____

Namnunderskrift

Namnförtydligande

BILAGA 2

Huvudfrågor:

1. Utifrån din erfarenhet, Kan du beskriva hur rapporten går till rent praktisk?

Stödfrågor:

-Vart sker rapporten?

-När sker rapporten?

-Hur tar du emot/ger rapporten?

2. Vill du ha det på något annat sätt?

3. Vilken information är viktigast för dig att få från anestesi ssk för att kunna sköta patienten?/Vad tror du att intensivvårdssjuksköterskan vill veta?

4. Beskriv situationer som du upplevt där rapporten inte blev bra?

Stödfrågor:

-Innehållsmässigt, miljömässigt m.m